17. april 2023

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar til Revision af Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Vi har med interesse læst opdateringen og lagt vægt på ændringer siden sidste version. Visse dele af vores svar er dog generelle overvejelser, der også har relevans for de tidligere versioner.

Om målgruppen

Målgruppen for akutfunktionen er nogle af samfundets allermest sårbare og/eller skrøbelige. De ældre med kognitivt svigt, den ældre medicinske patient og patienter med psykiatrisk komorbiditet. For visse grupper er der ovenikøbet lagt op til, at en patient kan håndteres i akutfunktionen uanset sygdommens alvorlighed. At håndtere denne målgruppe uden for hospital vil unægteligt give mindsket patientsikkerhed på visse fronter. Det er sympatisk, at det er gentaget mange gange, at det altid er en lægelig vurdering, om patienten bør indlægges, men uanset det lægelige skøn vil der havne patienter i akutfunktionen, som burde have været indlagt – og som ville være blevet det, hvis ikke akutfunktionen var der.

- **Vi opfordrer derfor fra DSAM's side til, at patientsikkerheden har høj prioritet, når akutfunktionerne monitoreres og kvalitetssikres.**
- **Vi opfordrer også til, at monitorering og kvalitetssikring har fokus på ulighed i sundhed.**

Ved nyhenviste patienter til akutfunktionen er vi som praktiserende læger afhængige af, at de rette kompetencer er til stede, når en medarbejder i akutfunktionen vurderer en uafklaret patient med kompleks sygdom og melder tilbage til os. Derfor er det essentielt, at de rette kompetencer er til stede hele døgnet i akutfunktionen. Det er positivt, at medarbejdernes forventede kompetencer er grundigt beskrevet, og at der også er fokus på koordinerende evner, lederskab og evnen til at håndtere komplekse forløb. Vi forudser, at det væsentligste problem bliver at skaffe tilstrækkeligt med kvalificerede medarbejdere i alle kommuner, og det vil være en alvorlig fare for patientsikkerheden, hvis en kommune gennem længere tid står uden tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft.

- **Vi opfordrer derfor fra DSAM's side til, at, hvis en kommune ikke kan skaffe tilstrækkeligt med kvalificerede medarbejdere, er der umiddelbare systemer til at støtte kommunen.**

Angående rådgivning og samarbejde

Det er vigtigt, at akutrådgivningen altid har adgang til kompetent lægelig rådgivning. Det er derfor positivt, at der bliver lagt op til, at der er tænkt over dette.

Det er oplagt, at akutfunktionen ved et konkret patientforløb taler med den ansvarlige læge/praksis/afdeling. Derfor er sætningen *"Rådgivning er ikke nødvendigvis afhængig af, hvem der har behandlingsansvaret"* noget uklar. Især fordi den efterfølgende sætning præciserer, at ved akut sygdom og et konkret forløb følger rådgivning ansvaret. Det kan tænkes, at det drejer sig om spørgsmål til patientens kroniske sygdomme, når patientens forløb egentlig drejer sig om en brækket hofte? Hvis dette er tilfældet, må vi gøre opmærksom på, at dette giver stor risiko for fejl i for eksempel medicinering, hvis der er flere aktører ind over et akut forløb. Hvis det mere drejer sig om generelle forespørgsler om patientens samlede billede eller grundsygdomme, giver det mere mening.

Denne formulering må i hvert fald ikke give mulighed for, at man konfererer med den, der er lettes at få fat, i fremfor den der ved mest om patientens nuværende problematik.

- **Vi opfordrer derfor fra DSAM's side til, at det præciseres, hvornår akutfunktionen forventes at konferere med andre end den behandlingsansvarlige læge.**

Henvisning og behandlingsansvar

Der er arbejdet med at få dette afsnit mere præcist, hvilket er positivt.

Behandlingsansvaret ligger oplagt hos egen læge, når vi selv har henvist, og overtages om aftenen af vagtlægen. Vejledningen er nu blevet udfordret af, at vagtlægen ikke er tilgængelig om natten. Da patienter henvist af egen læge ofte vil have almen medicinske problemstillinger, er det lige nu uklart, hvem der har behandlingsansvaret for patienten mellem kl. 23 og 06.

- **Vi opfordrer derfor fra DSAM's side til, at der arbejdes på at finde en løsning på behandlingsansvaret for patienten om natten, når både egen læge og vagtlægen er lukket.**

Ved udskrivelse overtager vi behandlingsansvaret fra hospitalet, når de 72 timers udvidet behandlingsansvar er ophørt. Der står i et tidligere afsnit, at der kan være forsinkelse på epikriser, og at vi ikke kender indlæggelsesforløbet, før en sådan foreligger (der er også forsinkelse på de nationale elektroniske løsninger).

- **Vi vil opfordre til, at det gentages under afsnittet om behandlingsansvar, at almen praksis ikke kan overtage dette, før der foreligger en epikrise, medmindre der på anden vis sikres grundig overlevering.**

Det er meget fint, at det nævnes, at der ved komplekse patientforløb bør være en mundtlig kommunikation inden udskrivelse, så det sikres, at almen praksis fagligt er i stand til at overtage behandlingsansvaret. Der kan dog være stor forskel på, hvad en hospitalslæge og en praktiserende læge opfatter som et komplekst patientforløb.

- **Vi opfordrer til, at afsnittet præciseres, så det står helt klart, hvad der menes med et komplekst patientforløb.**

Kvalitetssikring og monitorering

Det er fint at følge op på kvaliteten. Meget kvalitet er dog svært at måle, og hvis kvalitetsmål ovenikøbet bruges til styring, kan der opstå uhensigtsmæssig klinisk adfærd til gene eller fare for patienterne.

- **Vi opfordrer til, at monitoreringen tager udgangspunkt i patientperspektivet og det hele menneske og bruger metoder, der er hensigtsmæssige, for at belyse dette.**
- **Vi opfordrer også som tidligere nævnt til, at patientsikkerhed og lighed i sundhed er højt prioriteret i monitoreringen.**
- **Desuden vil vi opfordre til, at eventuelle effektiviseringsmål nøje gennemtænkes og overvåges for at sikre, at de ikke skaber fare for patienternes sikkerhed eller tillid til sundhedsvæsnet.**

Med venlig hilsen

Bolette Friderichsen
Formand for DSAM